

様式第5号（第10条関係）

寄居町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

（宛先）寄居町長

申請者 住所

氏名

（利用者との続柄）

（電話番号）

年 月 日付で承認を受けた、寄居町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じたので、寄居町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第10条の規定に基づき申請します。

- 1 利用者氏名 _____
- 2 区分（ 変更 ・ 廃止 ） _____（廃止の理由）
- 3 変更内容（変更箇所のみご記入ください。）

ふりがな			
氏 名 (甲)	⑩ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
住 所	〒	電話番号	
利用サービス内容			
甲は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に寄居町若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏 名	生年 月 日	年 月 日
	住 所 〒 電話番号		利用者との続柄
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署） _____			